

## UMA REFLEXÃO JURÍDICA SOBRE O EXERCÍCIO DA MORTE DIGNA

Stefani Lorenzini  
Sthefani Scopel Garlet  
Vanessa Wille Soster  
Daniela Zilio

## Resumo

O uso dos avanços tecnológicos na medicina é visto ao longo da vida humana, desde o nascimento até os últimos suspiros. Considerando a morte como um processo inevitável e natural, faz-se necessário analisar até que ponto a medicalização da morte é respeitosa, com amparo nos direitos fundamentais à vida e à dignidade humana, expressos na Constituição Federal do Brasil de 1988. Através de ampla pesquisa bibliográfica, verifica-se que o processo da morte é frequentemente prolongado e dificultado na chamada obstinação terapêutica ou distanásia, em situações que o paciente não tem qualquer perspectiva de melhora, promovendo grande sofrimento. Assim, reflete-se sobre o desrespeito à vida e falta de dignidade para essas pessoas em seus últimos momentos, que poderiam ter essas terapias inúteis substituídas por processos gentis como os cuidados paliativos. Entretanto, é primordial que se conheça as práticas alternativas de encerramento da vida além da distanásia, como a eutanásia, ortotanásia e o suicídio assistido, para que se obtenha uma análise ampla, com fulcro nas normas, sobre as práticas mais dignas e respeitosas que podem ser escolhidas para o processo que levará o paciente ao fim de sua vida.

Palavras-chave: Obstinação terapêutica. Dignidade humana. Cuidados Paliativos.

## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo discute o avanço tecnológico na área da saúde durante os processos de adoecimento e morte dos pacientes, à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil, conforme o artigo 1º de sua Carta Magna.

Atualmente, a bioética vem discutindo sobre como a morte é compreendida nos hospitais, refletindo diretamente em métodos usados para afastá-la. Nesse contexto, surge a obstinação terapêutica, termo pouco difundido que se busca elucidar no presente estudo, e os questionamentos em torno de sua real natureza e admissibilidade. A importância desse debate para os operadores do Direito é baseada justamente nessas questões, já que, conforme os fundamentos constitucionais, a vida, desde sua concepção até seu fim, é bem jurídico tutelado e deve ser protegido com dignidade.

Sendo assim, faz-se necessário analisar alguns pontos: o que é obstinação terapêutica? Seria ela respeitosa aos desejos e vontades do paciente? Sua prática garante dignidade a eles? Objetiva-se então, por intermédio deste estudo, refletir sobre a discussão da obstinação terapêutica e suas consequências, assim como abordar alternativas a este processo, como a aderência aos cuidados paliativos.

Deste modo, a fim de alcançar os objetivos deste estudo, realizou-se pesquisa bibliográfica sobre o tema. As informações foram coletadas na própria legislação brasileira, artigos acadêmicos e livros, nacionais e internacionais, disponibilizados por meio eletrônico.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA, CONCEITO E CARACTERIZAÇÃO

Conforme Léo Pessini (1996), o avanço da medicina permitiu o tratamento e a cura para diversas enfermidades, buscando sempre promover uma vida mais saudável e prolongada. Sob esta perspectiva, a morte é encarada como uma falha, dificilmente admitida, ressaltando-se “que o

empenho da medicina em impedir ou retardar a morte é consequência lógica do seu legítimo esforço [...] em favor da vida” (PESSINI, 1996, p. 34).

Neste cenário, surge o conceito de obstinação terapêutica, quando observado o poder da Medicina sobre a vida, utilizando todos os métodos artificiais possíveis para afastar a morte (DINIZ, 2006). Basicamente, a obstinação terapêutica consiste na utilização de diversos medicamentos e procedimentos “que em nada contribuirão para a cura, melhora e/ou reversão do quadro do paciente” (CABRAL et al., 2018, p. 87).

É de suma importância que se consiga diferenciar com clareza o que é a obstinação terapêutica e o que são os cuidados paliativos. Enquanto a obstinação terapêutica é definida como um tratamento fútil que não traz benefícios ou melhora, mas apenas sofrimento ao paciente, os cuidados paliativos são definidos como respeitosos pela Organização Mundial da Saúde, em um conceito atualizado em 2002:

Cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e seus familiares no enfrentamento aos problemas associados diante de uma doença que ameace a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, que ocorre por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p. 84, tradução nossa).

Analisando esses conceitos, compreende-se que a obstinação terapêutica é um método que, diferente de outras práticas, não implica respeito ou dignidade ao paciente. Como reflete Kravetz (2014), são procedimentos que se limitam apenas ao prolongamento da vida, independente dos meios usados para isso. Em outras palavras, é o adiamento irracional da morte, já que o doente “apenas mantém suas funções vitais em razão de parafernalias tecnológicas que em nada colaboram com sua qualidade de vida” (KRAVETZ, 2014, p. 31).

É por meio dessa análise que se alcança o problema ético e jurídico que a obstinação terapêutica envolve, já que esse método se expressa como uma “lesão ao direito da dignidade da pessoa humana” (CABRAL et al., 2018, p. 90), princípio garantido pela Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo primeiro. Quando se mantém uma vida, artificialmente, por meio de recursos tecnológicos e procedimentos muitas vezes exaustivos e que não oferecem nenhuma melhora real ao paciente, ele não está sendo tratado com a devida dignidade ou respeito.

Embora o conceito “obstinação terapêutica” não seja difundido, de acordo com a análise de Borsatto et al. (2019), sua prática é comum nas Unidades de Tratamento Intensivo brasileiras, e não é raro que os pacientes morram isolados em seus leitos, após grande sofrimento. A ideia de aceitar o processo de morte se mostra difícil não somente ao paciente e seus familiares, mas também para a equipe médica, que como dito anteriormente, vê a morte como uma falha da medicina (PESSINI, 1996).

#### 2.1.1 Distanásia

Quando comparada com a eutanásia e a ortotanásia, nota-se que a distanásia é pouco debatida no meio acadêmico. De origem grega, é um neologismo formado pelo prefixo dis, que significa “afastamento”, e thanatos, traduzida como “morte”, expressando por sua etimologia o “afastamento da morte” (CABRAL et al., 2018). Dessa forma, conforme Leo Pessini (1996, p. 31), é possível compreender a distanásia como:

[...] distanásia significa prolongamento exagerado da morte de um paciente. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. No mundo europeu fala-se de “obstinação terapêutica”, nos Estados Unidos de “futilidade médica” (medical futility).

Entende-se, portanto, que a distanásia consiste na combinação de tratamentos inúteis, na tentativa de estender a vida do paciente, mesmo que esse processo seja angustiante e até doloroso. Reforça-se, ainda, que os termos “distanásia” e “obstinação terapêutica” tratam-se, na verdade, de sinônimos. No mesmo sentido, discorre Débora Diniz (2006, p. 1.741):

A obstinação terapêutica, também conhecida como distanásia, ou seja, uma morte lenta e com intenso sofrimento, caracteriza-se por um excesso de medidas terapêuticas que impõem sofrimento e dor à pessoa doente, cujas ações médicas não são capazes de modificar o quadro mórbido.

Dessa forma, fica difícil entender a distanásia como um procedimento de preservação da vida, em vista que é o processo de morte que é prolongado. De acordo com Leo Pessini (1996), de forma superficial, pensa-se que com os avanços tecnológicos da medicina, a morte é (ou deveria ser), um processo menos penoso e com mais dignidade. Entretanto, a partir do momento em que o processo de morte é tornado médico, a autonomia do sujeito é perdida, como se a sua vida fosse entregue à terceiros, e submetida às vontades alheias às suas (BORSATTO et al., 2019).

## 2.2 DISTANÁSIA NO BRASIL: ÉTICA MÉDICA E O CÓDIGO DE NORMAS BRASILEIRO

No Brasil, a ética médica durante muitos anos apoiou condutas que remetiam à distanásia. Conforme Léo Pessini (2009, p. 2-3), um dos primeiros códigos brasileiros de ética médica, o de 1931, reprovava a eutanásia “porque um dos propósitos mais sublimes da Medicina é sempre conservar e prolongar a vida”. Com a publicação dos códigos de 1984 e 1988, iniciaram-se discussões a respeito dos direitos dos pacientes terminais. Questionamentos foram levantados sobre alternativas aos tratamentos demorados e difíceis, buscando um maior alívio do sofrimento do paciente (PESSINI, 2009).

No código de 1988, ainda está explícito que o médico tem obrigação de “utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu

alcance", porém, essa medida está voltada não somente para a eficácia na resolução do problema de como controlar a dor, sofrimento e a morte, mas também para benefícios na qualidade de vida do paciente (PESSINI, 2009).

Com a finalidade de garantir ao paciente o direito de não ter seu tratamento complicado ou prolongado sem necessidade, o código de 1988 destaca, em seu artigo 130, estar proibido ao médico a realização de "experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais", mostrando preocupação em regulamentar pesquisas médicas em pacientes terminais (PESSINI, 2009).

Logo, o maior problema está relacionado ao pouco conhecimento ou compreensão da comunidade médica sobre a existência e significado do termo distanásia, preocupando-se, exclusivamente, com a manutenção da vida, independente de como este processo ocorra. Sobre o exposto, Pessini (2009, p. 22) reforça que "a valorização da vida tende a se traduzir numa preocupação com a máxima prolongação da quantidade de vida biológica e no desvio de atenção da questão da qualidade da vida prolongada".

### 2.2.1 Medicina e tecnologia no século XXI

A interdição da morte está altamente ligada com o avanço da tecnologia médica. Atualmente a morte se tornou algo distante, silencioso e solitário. Conforme abordado anteriormente, a morte é compreendida como fracasso, como se os profissionais da área médica tivessem sido derrotados. Com o aprimoramento tecnológico, a Medicina despende seus recursos com a manutenção da vida, deixando em segundo plano a parte mais humanizada deste processo: conversar, ouvir e entender os pacientes, conhecendo suas vontades e planos.

Como (KOVÁCS, 2014) menciona, com todo o avanço da tecnologia médica, profissionais se preocupam com a manutenção da vida, cuidando de ponteiros e luzes que monitoram as funções vitais dos pacientes. Conversar e ouvir sobre os sentimentos e emoções dos pacientes não são prioridades

ante a batalha contra a morte. Profissionais são bombardeados com inovações tecnológicas que dificultam decisões a serem tomadas sobre tratamentos. Médicos e enfermeiros, sobrecarregados, realizam procedimentos com os quais nem sempre concordam. Porém, neste cenário, também surgem alternativas mais humanizadas de cuidado, como os cuidados paliativos. Conforme a Organização Mundial da Saúde publicou em 1986 e reafirmou em 2002, os princípios dos programas de cuidados paliativos são:

a) promover alívio da dor e de outros sintomas dolorosos; b) afirmar a vida e ver a morte como um processo normal; c) não apressar e nem adiar a morte; d) integrar os aspectos psicológicos e espirituais aos cuidados; e) oferecer um sistema de suporte aos pacientes para uma vida o mais ativa possível até a morte; f) oferecer suporte para ajudar a família durante o processo da doença e do luto. [...] Sua aplicação deve ser precoce, em conjunto com outras terapias que pretendem prolongar a vida [...] para melhorar o entendimento e manejo das dolorosas complicações clínicas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p. 84, tradução nossa)

### 2.3 AUTONOMIA DO PACIENTE EM FACE DA OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA: UMA MORTE DIGNA

O direito à vida é fundamental, conforme expresso no artigo 5º da Carta Magna brasileira, entretanto:

[...] a vida deve prevalecer como direito fundamental oponível erga omnes quando for possível viver bem. No momento que a saúde do corpo não mais conseguir assegurar o bem-estar da vida que se encontra nele, há de ser considerados outros direitos, sob pena de infringência ao princípio da igualdade. É que a vida passará a ser dever para uns e direito para outros [...]. (MARIA DE FÁTIMA FREIRE DE SÁ, 2001, p. 32)

Ou seja, para que haja igualdade, direito fundamental previsto no caput do artigo 5º da Constituição da República de 1988, a vontade do paciente precisa ser atendida e no caso do paciente terminal, o seu direito de morrer dignamente deverá ser respeitado. Para que esta vontade seja manifestada, é necessária a garantia da liberdade.

Para a vontade do paciente ter validade, o mesmo precisa ser capaz. Para ter essa capacidade, o indivíduo deve ser maior de 18 anos e estar apto para a prática dos atos da vida civil, ou seja, não se enquadrar nos casos dos artigos 3º e 4º do Código Civil de 2002, que são os casos de incapacidade. Nessas circunstâncias de incapacidade não existe menção às pessoas enfermas, salvo quando não tiverem o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil, conforme o princípio da legalidade, demonstrado no inciso III do artigo 5º da Carta Magna de 1988, “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, evidenciando assim que, se não há lei vedando a (in)capacidade dos doentes e pacientes terminais, deduz-se que eles possuem capacidade plena para decidirem acerca do possível término de suas vidas com dignidade. Conclui-se que os doentes e pacientes terminais podem ser capazes para decidirem morrer dignamente, uma vez que são titulares do direito às suas próprias vidas.

Contudo, existem casos em que o paciente não consegue exprimir sua autonomia de vontade, como, por exemplo, os pacientes terminais, em coma, em decorrência do uso de medicamentos, estado vegetativo, dentre muitos outros. Nesses casos, após muita análise, caberá à família do doente a decisão sobre a vida do paciente. Tal incapacidade do paciente está prevista no artigo 3º, inciso II do Código Civil de 2002. A família, em posição de curatela, como mencionado acima, poderá ou não, submeter o doente a um tratamento, e caso escolham pela morte digna do seu parente enfermo - como forma de dignidade prevista no Art. 1º, inciso II, da Constituição Federal Brasileira de 1988 -, a família, como guardiã dos interesses do incapaz, terá este direito. Caso o paciente não possua familiares, caberá ao médico

promover as condições necessárias para a manutenção da vida digna do doente, conforme resolução nº 2.217/2018, do Conselho Federal de Medicina.

### 2.3.1 Eutanásia

Conforme o livro "Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido" de Maria de Fátima Freire de Sá (2005), a palavra eutanásia deriva do grego eu (bem) e thanatos (morte), significando boa morte, morte calma e tranquila. Ao utilizar a palavra "eutanásia" no meio de pesquisa, depara-se facilmente com diversas posições, sendo essas favoráveis ou não. No entanto, muitas pessoas utilizam-se desses julgamentos sem saber o real significado e circunstâncias que a eutanásia pode proporcionar.

Quando fala-se do consentimento do paciente para a prática da eutanásia, Maria de Fátima Freire de Sá (2005) classifica como: a) voluntária: quando a morte é provocada a pedido do próprio paciente; b) involuntária: morte provocada contra a vontade do paciente; e c) não voluntária: morte provocada sem a manifestação do paciente seja no sentido favorável ou contra.

### 2.3.2 Ortotanásia

O direito de morrer dignamente é expresso juntamente com o direito de ter uma morte humana sem prolongado sofrimento, e nesse sentido, " a ortotanásia não se confunde com abreviação da morte, com eutanásia, tampouco com o direito de morrer pura e simplesmente" (CABRAL et. al., 2018, p. 14). Diferentemente da eutanásia, a ortotanásia não significa tirar a vida, mas assegurar o "direito de morrer com dignidade". O termo ortotanásia significa "morte correta – orto: certo; thanatos: morte", ou seja, não prolongar artificialmente o processo natural da morte.

No Brasil, a questão da ortotanásia ainda se encontra em debate, sendo a Resolução n. 1.805/06 do CFM um passo importante para uma tomada de posição a respeito. Contudo, em outros países, a questão já foi enfrentada, como na Holanda, Bélgica e no Estado de Oregon, nos Estados Unidos, onde o procedimento já é permitido legalmente. Recentemente, em 2016, segundo

a Resolução CFM nº 2.156/2016, a admissão de pacientes na UTI deve ser dada aos pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. Salienta-se ainda que, aos pacientes estáveis, que necessitam de monitorização intensiva contínua (com ou sem limitação de intervenção terapêutica), devem ser admitidos prioritariamente em unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas), pois podem necessitar de intervenção imediata. Já aos pacientes com doença em processo terminal irreversível ou sem possibilidade de recuperação, é recomendada a adoção dos cuidados paliativos em unidades próprias e adequadas (BRASIL. PORTAL CFM,17/11/2016).

### 2.3.3 Suicídio assistido

Por fim, o suicídio assistido. Conforme Maria de Fátima Freire de Sá (2005), este ato consiste em auxiliar pessoas que não conseguem sozinhos concretizar o suicídio. O auxílio pode consistir em prescrever doses letais de medicamentos, ajudar no processo de ingestão ou por vias venosas e, também, pelo apoio e encorajamento do ato suicida - não há o ato da eutanásia exercido pelo médico, e cabe apenas ao paciente a decisão de encerrar sua vida. A diferença entre eutanásia e suicídio assistido tem a ver com a execução do procedimento e não com o desejo de morrer com dignidade, de interromper uma vida com sofrimento. O suicídio assistido é relacionado ao suicídio e não à eutanásia, pela condição de realização do ato, a execução do ato final é da pessoa, que precisa de ajuda, pois não consegue realizar o ato sozinho, ou seja, retira de um terceiro a responsabilidade pelo ato final.

Embora o suicídio (ou sua tentativa) não seja considerado um crime, o seu encorajamento ou auxílio, tanto por parte de médicos como também de amigos ou familiares do indivíduo, é tratado como uma ação imoral e criminal na maioria das legislações. O artigo 122 do Código Penal Brasileiro considera crime o ato de: induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça. Com pena de reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se

consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resultaresão corporal de natureza grave, geralmente os facilitadores do ato de ajudar a morrer são amigos ou familiares, mas recentemente o centro das discussões tem sido sobre se os médicos deveriam ser facilitadores do suicídio quando os pacientes estão sobre suas responsabilidades.

O filósofo G.R. Frey, no capítulo “Distinctions in Death”, do livro *Euthanasia and Physician Assisted Suicide*, escrito juntamente com Gerald Dworkin e Sissela Bok (1998, p. 17-42), considera que não há diferença moral entre o suicídio assistido e a eutanásia ativa voluntária, uma vez que em ambos os casos médicos e pacientes agem juntos e não isoladamente. Ele compreende que quando o médico auxilia seu paciente a morrer existe uma intenção direta de matar, uma vez que a morte do seu paciente é planejada e não é resultado de um acidente, erro ou negligência médica. Portanto, ele não considera que exista alguma diferença moral profundamente importante sobre quem age por último ocasionando a morte, uma vez que são ações práticas em conjunto e existe intenção de ocasionar a morte.

### 3 CONCLUSÃO

Diante do exposto, a obstinação terapêutica é uma problemática atual que nos traz diversos questionamentos, como até quando prolongar a vida e a aceitação da morte como um limite que não pode ser vencido, ao invés de encará-la como um fracasso da Medicina. Esse método é muito utilizado nas unidades de terapia intensiva, e em hospitais no mundo todo, os quais são equipados com aparatos de alta tecnologia para manutenção da vida dos pacientes. Os enfermos são submetidos a distintas intervenções, como ressuscitações e intubações, dentre uma série de procedimentos artificiais para manter o funcionamento dos órgãos vitais.

Assim, as pessoas passaram a viver mais tempo e doenças que antes causavam a morte certa, agora são tratadas e curadas. Entretanto, a qualidade de vida cedeu espaço à quantidade, e a ideia de morte digna

precisou ser questionada. Sabendo que os direitos à vida e à dignidade da pessoa humana são fundamentais conforme a Constituição Federal do Brasil, entendem-se como primordiais e obrigatórias as suas garantias em todas as esferas e em todos os momentos da vida. Constata-se, assim, que a obstinação terapêutica submete o paciente terminal a dores e sofrimento que podem e devem ser evitados, salvaguardando sua dignidade. Por meio de atendimento especializado em cuidados paliativos, objetivando melhorar a qualidade de vida e afastar dores e sintomas, pode ser proporcionado bem-estar físico, espiritual e emocional ao paciente, possibilitando conforto para que a pessoa possa viver seus momentos finais de forma digna, de acordo com a sua vontade, longe de aparatos tecnológicos que muitas vezes incomodam mais do que auxiliam.

Assim, e após o exposto no estudo acerca das diferentes nomenclaturas que explicam as circunstâncias e condições em que a morte ocorre (distanásia, chamada também de obstinação terapêutica, ortotanásia, eutanásia e suicídio assistido), faz-se necessário frisar que em qualquer que seja o método, a dignidade e o respeito com o ser humano são essenciais. Além de se tratarem sobre direitos legalmente garantidos, esses fundamentos são éticos, e precisam de análise conjunta ao histórico tabu que é a morte.

#### REFERÊNCIAS

BRITO, Antônio José dos Santos Lopes de; RIJO, José Manuel Subtil Lopes. Estudo jurídico da eutanásia em Portugal: direito sobre a vida ou direito de viver? Coimbra: Almedina, 2000, p. 51-54. Acesso em: 13 abr. 2021.

BORSATTO, Alessandra Zanei et al. A medicalização da morte e os cuidados paliativos. Revista enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1-5, 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.41021>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/41021>. Acesso em: 4 abr. 2021.

BRASIL, Constituição. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 15 abr. 2021

BRASIL, Código Penal. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 15 abr 2021.

BRASIL. Novo Código Civil. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRITO, António José dos Santos Lopes de; RIJO, José Manuel Subtil Lopes. Estudo jurídico da eutanásia em Portugal: direito sobre a vida ou direito de viver? Coimbra: Almedina, 2000, p. 51-54. Acesso em: 13 abr. 2021.

CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat et al. A Obstinação Terapêutica e a Morte Indigna à Luz da Normativa do CFM. *Temas em Saúde*, João Pessoa, v. 18, ed. 4, p. 84-100, 2018. Disponível em: <<https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/12/18405.pdf>>. Acesso em 18 abr. 2021.

DINIZ, Débora. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, ed. 8, p. 1741-1748. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800023>. Disponível em: <<https://periodicos.fiocruz.br/pt-br/publicacao/13413>>. Acesso em 18 abr. 2021.

DWORKIN, Gerald et al. *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

GOLDIM, José Roberto. *Eutanásia*. Universidade Federal do Rio Grandedo Sul, 2005. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

KOVÁCS, Maria Julia. *A caminho da morte com dignidade no século XXI*. São Paulo, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011>. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422014000100011&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422014000100011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 abr. 2021.

KRAVETZ, Rafaella Zanatta Caon. *O direito à vida e o direito à morte: o problema do suicídio assistido a partir de uma visão foucaultiana*. Chapecó, SC, 2014. 134 p. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade do Oeste de Santa Catarina, Chapecó, 2014. Disponível em: <<http://pergamum.unoesc.edu.br/pergamumweb/vinculos/000004/00000468.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2021.

PESSINI, Leo. *Distanásia: até quando investir sem agredir?* São Paulo, p.31-43, 1996. Disponível em:

<[https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394)>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines. 2. ed. Genebra: WHO, 2002. 180 p. Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/publications/nccp2002/en/>>. Acesso em: 21 abr. 2021.

Sobre o(s) autor(es)

Stefani Lorenzini. Formanda em Direito pela Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, campus São Miguel do Oeste. Email: stefanilorenzini@hotmail.com

Sthefani Scopel Garlet. Formanda em Direito pela Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, campus São Miguel do Oeste. Email: sthefaniscopelgarlet@gmail.com

Vanessa Wille Soster. Formanda em Direito pela Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, campus São Miguel do Oeste. Email: vanessasostter@hotmail.com

Daniela Zilio. Doutoranda e Mestra em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina - Unoesc. Professora do Curso de Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina - Unoesc. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa "Interculturalidade, identidade de Gênero e Personalidade", vinculado ao Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina - Unoesc. Advogada. Email: danielazilio@yahoo.com.br